FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N° 74

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges GUILLEMIN

Né à Bordeaux, le 4 mars 1883

Ancien Externe des Hôpitaux

DES

STÉNOSES CICATRICIELLES SPONTANÉES DE L'OESOPHAGE

LEUR TRAITEMENT

Président : M. RECLUS, *professeur*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Médecin-inspecteur de l'Armée
Officier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde et pieuse reconnaissance.

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR LUBET-BARBON

A MONSEUR LE DOCTEUR GUISEZ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine.

DES STÉNOSES CICATRICIELLES
SPONTANÉES DE L'OESOPHAGE
LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les sténoses cicatricielles de l'œsophage sont connues depuis fort longtemps : partout, en France comme ailleurs, on a décrit des rétrécissements de cet organe, et partout on en a étudié l'étiologie et la pathogénie. C'est pourquoi maintenant on en trouve dans tous les manuels de pathologie une classification bien nette : selon que ces sténoses sont consécutives à des brûlures, à l'ingestion de caustiques (le plus souvent acide sulfurique ou potasse), à l'ingestion accidentelle de corps étrangers, voire même, consécutives aux manœuvres maladroites et aveugles, exécutées dans le but d'extraire ces derniers ; enfin n'oublions pas de citer les sténoses cancéreuses parmi les plus fréquentes. Mais tous ces rétrécissements, nous les passerons sous silence, étant donné qu'ils sont complètement en dehors de notre

sujet, et que le but que nous nous sommes proposé est d'attirer seulement l'attention sur deux affections qui, beaucoup plus rares et presque pas connues, n'en sont pas moins la cause d'un autre genre de sténoses que nous appellerons « sténoses cicatricielles spontanées ». Ce sont :

L'ulcère simple de l'œsophage ;

Les œsophagites simples.

Les quelques rares observations que nous avons pu recueillir de ces deux affections sont suffisantes en effet pour dire qu'il existe toute une autre catégorie de sténoses cicatricielles, qu'il n'est plus permis d'ignorer, et auxquelles il faudra toujours penser lorsque l'on sera en présence d'un rétrécissement clinique de l'œsophage.

Aussi sommes-nous heureux de pouvoir remercier tout particulièrement M. le Dr Guisez, notre maître, et de lui exprimer ici toute notre reconnaissance, d'abord parce qu'il a bien voulu nous inspirer dans le choix de notre thèse, ensuite parce qu'il ne nous a jamais ménagé son temps et ses précieux conseils pour nous éclairer de sa grande expérience ; c'est d'ailleurs à lui que nous devons la plupart des intéressantes observations contenues dans notre texte.

HISTORIQUE

L'Ulcère simple de l'Œsophage

L'ulcère simple de l'œsophage est connu seulement depuis bien peu de temps comparativement à toute les autres lésions de cet organe. Cruveilhier, lui-même, malgré ses belles études sur l'ulcère de l'estomac, semble avoir ignoré son existence. C'est après lui cependant que l'on commence à s'en préoccuper. Les premiers auteurs qui en citent des observations sont Albert en 1839, et Valleix. Reewes, Flower, Paul en Angleterre en rapportent également des cas probables en 1853 mais non-vérifiés. En Allemagne Knott, en 1863, après avoir énuméré dans son *Traité d'Anatomie pathologique* les diverses ulcérations de l'œsophage dit « qu'on trouve quelquefois dans cet organe une lésion ressemblant profondément à un ulcère perforant de l'estomac, sans doute un ulcère de la partie inférieure de l'œsophage », par conséquent ces paroles mêmes semblent montrer que l'on soupçonne enfin la possibilité de l'ulcère de l'œsophage. A côté de cela Zeuker et Ziemssen se refusent à en admettre l'existence. Plus tard, en 1879,

Quincke en observe plusieurs cas, trois à Berne et un autre à Kiel; dans ce dernier notamment l'autopsie du sujet vint heureusement confirmer le diagnostic posé par le clinicien qui put constater *de visu* une cicatrice bien nette, résultant d'un ancien ulcère, lequel avait produit un rétrécissement. Peu après Zahn, dans la *Suisse romande de 1882*, rapporte l'observation d'un malade qui pendant sa vie avait présenté des symptômes de rétrécissement du cardia ; à l'autopsie, la partie inférieure de l'œsophage presentait au-dessus du cardia un ulcère comprenant toute la circonférence de l'organe. Presque en même temps, en France, Debove publiait 2 observations d'ulcère de l'œsophage en 1883 et 1887 ; toutes deux mentionnaient un rétrécissement cicatriciel, mais une seule cependant avait trait à l'ulcère simple proprement dit puisqu'il y avait aussi ulcères de l'estomac. Puis Galliard en 1897 consacre, à l'ulcère de l'œsophage, un chapitre dans la pathologie de Brouardel et Gilbert, sur cet organe.

En 1902 la thèse de Dasse, de Nancy, contribue également à allonger la liste des observations d'ulcère simple. Depuis lors la question semble être réglée définitivement, et l'existence de cette affection n'est plus contestée ; elle vient d'être étudiée en effet fort complètement et, grâce aux progrès de l'œsophagoscopie, par notre maître M. le Dr Guisez qui en publie 4 observations, dans les 4 cas avec sténose cicatricielle, puis un autre cas d'ulcère simple latent diagnostiqué au moyen de l'endosco-

pie. Presque en même temps, M. le Dr Abrand en présente un autre à la Société médicale des Hôpitaux en juillet 1909, et à l'étranger von Mickuliez, Gottstein et Starck en ont vu chacun un cas à l'œsophagoscopie. On peut donc maintenant affirmer sa réelle existence, et dire que l'ulcère simple de l'œsophage mérite au même titre que l'ulcère de l'estomac une place importante dans la pathologie interne.

Les Œsophagites

C'est Mondière qui le premier, en 1829, fait une classification et une étude des diverses œsophagites et qui signale les sténoses qui leur sont consécutives ; malheureusement la classification qu'il en fait se base sur l'anatomie pathologique, de sorte qu'à cette époque on est encore peu fixé sur cette question ; c'est lui qui, sous le nom d'œsophagisme, isole les spasmes de l'œsophage et montre ainsi que sans lésions appréciables de l'organe, ce spasme peut néanmoins fermer complètement l'œsophage. En 1832 il fait paraître ses *Recherches sur l'Œsophagite aiguë et chronique ;* malgré ses communications la pathogénie en reste obscure. C'est alors que plus tard Trousseau, en 1847, rapporte deux observations de sténose cicatricielle qu'il attribue à la diphtérie. La même année Follin signale un cas d'œsophagite tuberculeuse chez un homme atteint de rétrécissement de l'œsophage, mort d'inanition

et chez lequel on trouva des tubercules disséminés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Puis West, en 1872 ; Lublinski, en 1885, signalent des œsophagites syphilitiques avec rétrécissement. Potain, en 1887, publie également une observation de sténose cicatricielle à la suite d'œsophagite spécifique. Puech, en 1890, fait paraître dans le *Lyon médical* une observation intéressante d'œsophagite phlegmoneuse disséquante ayant occasionné un rétrécissement assez marqué. Entre temps, Rokitansky n'admet pas l'œsophagite tuberculeuse tandis que Zenker et Ziemssen en observent deux cas ; Zenker attribue en effet à la tuberculose une œsophagite avec léger rétrécissement qu'il découvre à l'autopsie d'un phtisique avéré.

Enfin il faut arriver à Galliard pour trouver dans les livres une classification des œsophagites. D'abord, dans une communication qu'il fait en 1896, dans la *Médecine moderne*, puis l'année d'après, il en fait paraître, dans le *Traité de Médecine de Gilbert et Thoinot*, une classification basée sur la cause même des œsophagites, qui laisse bien loin derrière elle et fait oublier la vieille classification de Mondière. C'est ainsi qu'il passe en revue les œsophagites traumatiques, par agents physiques, chimiques, parasitaires, enfin les œsophagites infectieuses (scarlatine, variole, diphtérie, fièvre typhoïde, tuberculose, syphilis) ; dans toutes ces œsophagites l'auteur signale comme conséquences presque constantes, des sténoses cicatricielles de l'œsophage.

Depuis lors on s'occupe toujours de plus en plus de la pathologie de l'œsophage ; des observations sont publiées un peu partout, de ces œsophagites : c'est ainsi que Lannois, en 1897, diagnostique une œsophagite syphilitique chez une malade atteinte de sténose de l'extrémité supérieure de l'œsophage, que Mermod de Lausanne rapporte, en 1908, une observation d'œsophagite phlegmoneuse. Mais nulle part il n'est fait mention de ces sténoses cicatricielles « spontanées » dans les œsophagites simples, œsophagites sans cause apparente qu'aucune lésion ni traumatique, ni pathologique, ne semble avoir déterminées et qui pourtant ont existé chez plusieurs malades dont nous savons l'histoire.

Nous allons donc rapporter, maintenant, quelques observations d'ulcère simple de l'œsophage et ensuite quelques œsophagites simples, toutes avec sténose cicatricielle spontanée de l'œsophage.

OBSERVATION I (Résumée)

(Quincke. — *Deut. Arch. Med.*, 1879.)

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, traité un mois à la clinique de Berne pour un rétrécissement de l'œsophage. Les signes accusés par le malade et fournis par le cathétérisme firent reconnaître l'existence d'un rétrécissement à la hauteur du cardia. En raison de l'âge on admet un carcinome de l'œsophage. La déglutition devenant de plus en plus difficile la cachexie croissante amena la mort du malade. A l'autopsie on

constata sur la paroi de l'estomac, à 8 centimètres du cardia, l'existence d'une cicatrice linéaire de 3 à 4 centimètres qui plissait la muqueuse.

Une seconde cicatrice dans la partie inférieure de l'œsophage, longue d'un demi-centimètre, ayant un prolongement jusque dans l'estomac. Le tissu du rétrécissement était blanchâtre, fibreux ; un peu au-dessus un deuxième rétrécissement paraissant dû à l'hypertrophie de la tunique musculaire.

OBSERVATION II (Résumée)

(Debove. — Soc. méd. des Hôp., 1883.)

D..., âgé de cinquante-quatre ans, tanneur, entre à Bicêtre le 18 novembre 1882. Vers le mois de décembre 1870 il éprouva de vives douleurs vers la pointe et la partie supérieure du sternum. Grande difficulté à boire et à manger, par suite des douleurs accompagnées de régurgitations qui se faisaient bouchées par bouchées. Le 5 mars 1871, eut trois vomissements de sang noir, 1 lit. 1/2. Entre le 11 mars à l'hôpital de Provins, où on lui passe une sonde en baleine à bout olivaire. A la suite il put manger plus facilement. En 1871 et 1872 vomissements fréquents tous les deux ou trois jours, marc de café.

En 1878 vomissements nouveaux qui durèrent peu. Douleurs vives derrière le sternum et entre les deux épaules dès qu'il essayait d'avaler, durant un quart d'heure ou une demi-heure. A été sondé à diverses époques. Depuis plusieurs années ne vomit plus de sang, douleurs peu vives, se plaint d'avoir faim et de ne pouvoir manger. Lorsqu'il entre dans notre service, on constate deux rétrécissements de l'œsophage, l'un situé au voi-

sinage du cardia, l'autre plus prononcé au niveau de la fourchette sternale. Le dernier, plus difficile à franchir, laisse passer à peine une olive de 8 millimètres. Selon toute vraisemblance il s'agissait d'un ulcère de l'œsophage guéri, cicatrisé, et ayant amené le rétrécissement de l'organe.

OBSERVATION III (Résumée)

(Debove. — Société méd. des Hôp., 1885.)

Le 29 juin 1885, entre dans mon service le nommé L..., cinquante-cinq ans, dans le coma, la face rouge, congestionnée, les urines et matières fécales involontairement expulsées ; le 30 juin il prononce quelques paroles incohérentes ; ne reprend ses sens que les premiers jours de juillet. En 1869 il eut le même jour deux hématémèses abondantes, qui l'affaiblissent quinze jours, après quoi il reprend son travail, mange bien, sans douleurs d'estomac. Dix ans plus tard, en 1879, nouvelle hématémèse; entre à Cochin; régime lacté. Depuis digestions difficiles, vomissements fréquents. Faiblesse et amaigrissement marqués.

En 1882, nouvelles hématémèses qui durent quatre jours, 2 litres de sang environ. Six semaines à la Pitié; on lui fait des lavages de l'estomac; la sonde œsophagienne passe bien. Six mois après ressent des douleurs dans l'épigastre et la région vertébrale, irradiant à l'épaule.

La sonde qu'il reprend ne passe plus. Alimentation devient difficile, le pain ne peut plus passer et est rejeté par vomissements. A la fin de 1883 est obligé de se nourrir de lait exclusivement.

L'année suivante, la déglutition même des liquides devient de plus en plus difficile.

28 juin 1885. — Le malade, plus souffrant, est pris d'hématémèses, 3 verres de sang rouge; il perd connaissance. Le lendemain 29 il entre dans notre service dans un coma complet. A partir de ce jour, le lait, bouillon, potages que nous ordonnons ne passent que difficilement avec vives douleurs à l'appendice xyphoïde : les aliments plus épais s'arrêtent dans l'œsophage et sont rejetés par vomissement.

6 juillet. — Une sonde introduite permet de constater un rétrécissement infranchissable à la partie inférieure de l'œsophage.

Pas d'ingestion de caustiques, la longue durée de la maladie écarte le cancer de l'estomac, il est donc vraisemblable que l'on a affaire à une ulcération spontanée de l'œsophage ayant provoqué un rétrécissement.

L'autopsie du malade, faite en 1887, fit constater une cicatrice circulaire d'un demi-centimètre de haut, à 5 centimètres au-dessus du cardia ; ce point est rétréci et au-dessus du rétrécissement on voit nettement une dilatation œsophagienne.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Guisez. — Société méd. des Hôp. Paris, mai 1909.)

Mme R..., cinquante-quatre ans, nous est adressée en janvier dernier 1909 par les Drs Radiguet et Chauffard pour troubles dysphagiques datant de un an et demi. La malade a maigri beaucoup dans ces derniers mois. Étant donné l'âge de la malade, les phénomènes relativement récents et à marche pro-

gressive qu'elle accuse, il y a lieu de penser à un cancer de l'estomac. La malade a tout un passé dyspeptique ; elle a été soignée il y a dix ans par les Drs Dieulafoy et Charlot pour des troubles gastriques et de l'hyperchlorhydrie sans cependant hématémèses.

Examen œsophagoscopique, 8 janvier. — Nous constatons les lésions suivantes : dilatation de 600 à 800 centimètres cubes de capacité des deux tiers inférieurs de l'œsophage, puis rétrécissement un peu au-dessus du cardia. Celui-ci est déterminé par la présence d'une cicatrice épaisse qui occupe la paroi postérieure de l'œsophage et empiète sur sa lumière. Elle est légèrement granuleuse à son centre et saigne au contact du porte-coton. Nous la dilatons séance tenante avec bougies molles et du n° 9 qu'elle admettait au début nous arrivons au n° 22 de la filière ordinaire. La dilatation de l'œsophage faite régulièrement amène l'œsophage au n° 28 de la filière ordinaire.

L'alimentation redevient normale, néanmoins les bougies restent serrées. Nouvelle œsophagoscopie le 11 février : même aspect que la première fois, mais le cardia est plus perméable ; l'examen histologique d'une parcelle de la paroi est fait par le Dr Deglos qui conclut à un rétrécissement cicatriciel et nie l'existence de cancer. La dilatation est continuée avec des bougies électrolytiques et amène l'œsophage au n° 36. L'œsophagoscopie a permis dans ce cas d'établir le diagnostic et d'instituer la thérapeutique.

OBSERVATION V (Résumée)

(Guisez. — Société méd. des Hôp. Paris, mai 1909.)

Mlle B..., âgée de soixante-cinq ans, nous est envoyée par le Dr Jousset pour gêne à avaler. Depuis six jours la sténose est à peu près complète, les liquides passent à peine ; état d'émaciation extrême ; vu son âge, on pense au cancer. Elle dit qu'il y a douze ans qu'elle avale mal. Elle attribue ces troubles à la créosote qu'elle a prise en pilules, les symptômes de sténose ayant apparu peu de temps après.

Août 1902. — Elle consulte le Dr Fort qui diagnostique un cancer et déclare une opération impossible. Après quelques hémorragies, la malade a eu de la gêne à avaler aussi bien les liquides que les solides. Depuis trois ans cependant elle ne s'alimente que de liquides, et depuis trois semaines ne prend aucun aliment solide. Facies bon quoique très amaigri. A eu des vomissements au début de sa maladie mais depuis dix ans n'a pas vomi. De temps en temps quelques régurgitations, mais sans vrais vomissements.

Examen œsophagoscopique. — On constate une dilatation assez grande : 700 contimètres cubes dans la partie moyenne et inférieure de l'œsophage. Plus bas une sténose ferme l'œsophage qui ne laisse qu'un pertuis cicatriciel régulier et taillé à l'emporte-pièce.

Traitement. — Au début dilatation, puis incisions superficielles à l'œsophagotome, puis électrolyse circulaire. Il semble donc qu'il s'agit chez elle d'un rétrécissement cicatriciel consécutif à un ulcère simple de l'œsophage, ou de l'estomac empiétant sur l'œsophage.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Guisez. — Société méd. des Hôp., mai 1909.)

Mme L..., âgée de trente-cinq ans, nous est adressée par le Dr Chabry qui, aux rayons X, a constaté par le bismuth un obstacle au cardia. La malade ne peut avaler aucun aliment solide ou liquide depuis trois jours. État d'émaciation extrême. Depuis quatre ans elle avale difficilement d'abord les aliments solides, plus tard les liquides. De temps en temps quelques vomissements une demi-heure ou une heure après les repas, et fréquentes régurgitations. Ne se rappelle pas avoir avalé aucun caustique. On ne trouve que des phénomènes de gastralgie douloureuse datant de quatre ans et demi. La date du rétrécissement semble coïncider avec la fin de ses douleurs gastralgiques. Malade très amaigrie, ses joues sont creuses, elle a perdu 10 ou 12 kilos dans ces derniers mois.

Examen œsophagoscopique fait en janvier 1909. — On constate une poche dans l'œsophage, remplie de liquide et de débris d'aliments ; au niveau de l'orifice cardiaque on voit une bouchée de viande qui obstrue le passage. En la retirant avec une pince on constate qu'elle contient un petit os, et l'on voit qu'il existe au cardia un rétrécissement marqué. Sur la paroi postérieure de l'œsophage une cicatrice blanche, grisâtre, épaisse, immobilisant la paroi.

Dilatation faite en plusieurs séances juqu'à la sonde nº 36. L'alimentation redevient normale et les forces réapparaissent. Étant donné le passé gastrique de la malade nous croyons qu'il faut penser à un ulcère simple du cardia qui a amené la cicatrisation et le rétrécissement de l'œsophage. On ne relève

d'ailleurs ni syphilis, ni tuberculose, ni aucune autre cause de rétrécissement, ni ingestion de liquides caustiques ou trop chauds.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Guisez. — Société méd. des Hôp., mai 1909.)

Miss Ph..., demeurant à Bayeux, nous est envoyée par le professeur Segond.

Se plaint de difficulté à avaler et de rester souvent des heures entières au moment des repas sans pouvoir avaler aucun aliment. Ces troubles de déglutition datent de dix ans. A cette époque elle a été soignée pour des troubles gastriques. Elle ressentait à ce moment des douleurs très vives au creux de l'estomac et dans le dos entre les deux épaules; elle a eu à cette époque des hématémèses qui se sont reproduites à plusieurs reprises. Elle a toujours souffert daus la région épigastrique. Elle ressent dit-elle des brûlures au creux de l'estomac, mais, ce qui la gêne le plus, c'est une difficulté à avaler les choses un peu dures et mal mâchées Il lui est impossible d'avaler les pilules et les cachets. Puis la difficulté a augmenté et, quand les aliments s'accumulent, la malade vomit; ensuite elle peut s'alimenter de nouveau. Se plaint de vomissements glaireux et sanguinolents de temps en temps. La malade a été se faire sonder à Caen et chaque fois les bougies lui déterminaient des douleurs dans le dos et le creux épigastrique.

Examen œsophagoscopique, 11 mars 1909. — On voit un rétrécissement cicatriciel tout à fait en bas à 2 ou 3 centimètres au-dessus du cardia, avec infiltration sur la paroi postérieure de l'œsophage.

L'œsophage présente une dilatation fusiforme au-dessus du rétrécissement, dans laquelle on trouve du mucus, du lait caillé et des débris alimentaires. Traitement par la dilatation progressive, on passe des bougies jusqu'au n° 25 puis au 28 et la déglutition s'effectue plus facilement.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Guisez.)

Sténose cicatricielle au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage

M. L..., instituteur, âgé de soixante ans, vient consulter à la clinique du Dr Guisez le 29 mai 1909. Il se plaint d'une gêne à avaler depuis dix-huit mois environ. Le malade a remarqué en effet que depuis ce temps les aliments, presque aussitôt avalés, sont arrêtés ; impossibilité même en buvant de les faire descendre ; la viande surtout, dit il, ne parvient qu'après des efforts laborieux et douloureux à l'estomac, souvent même il est obligé de cracher son bol alimentaire.

Depuis une vingtaine d'années, il s'était aperçu aussi que les liquides absorbés revenaient souvent à la bouche, et que sa salive même était difficilement avalée. Le malade déclare n'avoir jamais fait aucune maladie grave, à part quelques maux de gorge et laryngites bénignes. Il ne se souvient nullement avoir avalé de corps étrangers, ni dégluti de caustiques ; il reconnaît qu'autrefois il mangeait très vite.

L'examen œsophagoscopique est fait par M. le Dr Guisez qui constate : une dilatation à la partie supérieure de l'œsophage ; un rétrécissement spasmodique avec un gros diverticule à environ 7 centimètres de l'orifice supérieur.

Traitement. —Dilatation à partir du 3 juin au moyen de bougies jusqu'au n° 40 de la filière; De 1909 à 1910, le malade dit que les aliments stationnent toujours à la partie supérieure, mais qu'après un effort et en buvant, ils finissent par descendre facilement ; il s'alimente mieux, mais les liquides remontent toujours à la bouche. L'année suivante il revient à Paris en avril. Nouvel examen œsophagoscopique ; on constate un nouveau rétrécissement dans la région du cardia. Nouvelles séances de dilatation ; du n° 43 à 48. Puis une séance d'électrolyse. Le malade se trouve bien amélioré et se nourrit plus facilement encore, mais il existe toujours une sensation d'étranglement à la gorge et les liquides remontent encore à la bouche. Le traitement a fini le 7 mai et le malade est reparti chez lui, la sensation d'étranglement a disparu et le malade déglutit facilement.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Guisez)

Sténose cicatricielle spontanée au niveau du tiers supérieur de l'œsophage avec diverticule

M. M... est adressé à notre clinique par le Dr E. Leroy et le professeur Reclus. Il s'agit d'un malade qui a une sténose de l'orifice œsophagien, sténose d'origine inconnue. L'on craint un cancer à cause de l'âge du malade, de la dysphagie presque absolue qui empêche la déglutition de toute espèce de solides et liquides.

Le malade a des régurgitations fréquentes; il a beaucoup maigri depuis ces trois dernières années.

Il s'est aperçu aussi, après la déglutition et après ses repas, de la présence d'une poche, d'une sorte de renflement qui existe sur la partie latérale droite du cou et qui se remplit d'aliments, pour se vider ensuite secondairement dans l'œsophage.

L'examen œsophagoscopique est fait sous cocaïne, dans la position couchée, tête renversée; il nous montre, dans la portion inférieure de l'hypopharynx et rejeté surtout du côté droit un volumineux cul-de-sac ; une dilatation qui précède aussitôt un point rétréci, reliquat de la lumière œsophagienne.

Le cathétérisme est très difficile dans ce cas. Néanmoins nous pouvons passer des sondes molles jusqu'au n° 22 de la filière ordinaire.

La sonde est serrée en haut par le premier rétrécissement et en bas par une deuxième sténose cicatricielle. Nous faisons le diagnostic de sténose cicatricielle spontanée avec diverticule de l'origine même de l'œsophage.

Il semblerait, en outre, qu'il existe une deuxième sténose cicatricielle plus bas, au niveau du cardia, mais le diagnostic ne peut être fait par nous *de visu*, le malade s'étant refusé ultérieurement à un nouvel examen œsophagoscopique.

Le traitement institué chez lui a consisté en dilatations progressives à l'aide de bougies de plus en plus grosses, puis ensuite à l'aide de boules électrolytiques de calibre croissant jusqu'au n° 33 de la filière. L'alimentation du malade se fait avec des choses demi-molles. Il mange du poulet, du poisson, des bouillies épaisses, des légumes en purée.

L'état général est bien meilleur qu'auparavant.

OBSERVATION X (Inédite)

(Guisez.)

Sténose cicatricielle spontanée au niveau du cardia

M. A..., industriel à Cholet, nous est adressé par un de nos malades que nous soignons pour une affection de l'œsophage.

Ce malade, bien que d'une très bonne santé apparente, nous dit que depuis seize mois il lui est impossible de manger autre chose que des aliments liquides.

Il se nourrit exclusivement de bouillon, de lait, d'œufs battus dans du bouillon et de chocolat bouilli. Cet aliment, nous dit le malade, est celui qui reste le mieux de tous ceux qu'il ingère. Il présente un embonpoint assez marqué et, nous dit-il, il n'a pas maigri, il aurait, au contraire, légèrement augmenté de poids dans ces derniers mois.

Il n'a jamais eu de vomissements, mais des régurgitatioas qui suivent immédiatement l'ingestion des aliments lorsque ceux-ci ne passent pas. La salive est augmentée, épaisse.

Le malade a été déjà vu à l'œsophagoscopie, on lui aurait trouvé, nous dit-il, un rétrécissement au niveau du cardia ; il s'est fait radioscopier plusieurs fois, sans que la radioscopie donne jamais de résultat bien net sur son affection.

L'examen œsophagoscopique montre l'existence d'une dilatation œsophagienne occupant les 2/3 moyens de son œsophage, contenant du mucus, des caillots de lait en assez grande quantité ; puis au niveau du cardia, celui-ci est contracturé et présente un aspect blanc grisâtre.

A la bougie, il se laisse difficilement pénétrer par une bougie

filiforme n° 8, mais progressivement nous l'amenons au 12, sans pouvoir dépasser ce chiffre.

Le traitement que nous faisons par la suite consiste en dilatations avec des bougies de plus en plus grosses. A la première séance, nous ne pouvons point dépasser le n° 15 de la filière.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Guisez.)

Cas de spasme de la partie supérieure de l'œsophage. — Diverticule avec sténose cicatricielle. — Cardio-spasme, grande dilatation idiopathique de l'œsophage.

M. S..., clerc de notaire à Autun, vient nous consulter le 10 octobre 1910 pour une difficulté à avaler, qui date depuis deux ans et demi, difficulté qui a évolué de façon tout à fait progressive. Au début, elle était variable, suivant les jours, et était plus accentuée pour les aliments liquides que pour les solides.

A la fin de l'année dernière, l'état général est devenu inquiétant, et le malade a beaucoup maigri. Il est allé consulter, à plusieurs reprises, des médecins et un chirurgien d'Autun qui auraient jugé qu'il s'agissait simplement de phénomènes spasmodiques, sans lésions oaganiques, c'est du moins ce qu'aurait révélé le cathétérisme fait à plusieurs reprises, avec la sonde à olive.

Mais, depuis un an, les caractères dysphagiques sont devenus plus permanents, et le malade vomit, pour ainsi dire, quotidiennement depuis trois mois ; il rejette tous les matins et tous

les soirs une grande quantité de mucus ayant une saveur très acide dans la bouche, qui revient par véritables régurgitations.

De temps à autre survient des crises très douloureuses qui succèdent, en particulier, à l'évacuation de son œsophage; il semble, dit-il, qu'il souffre surtout quand son œsophage est vide.

Mais indépendamment de ces vomissements glaireux, il rend, surtout le matin, une grande quantité d'aliments non-digérés.

L'examen œsophagoscopique montre un spasme à l'entrée, très accentué, un diverticule dont on voit très bien l'orifice, en arrière et à gauche de l'orifice propre de l'œsophage. Tandis que l'orifice propre présente une coloration rouge vif et est exactement serré, contracturé, l'orifice du diverticule est au contraire plus lisse, pâle, et il se laisse beaucoup mieux franchir par le tube œsophagoscopique.

L'exploration montre que ce diverticule s'étend en arrière et à gauche et est profond de 5 centimètres environ.

Nous ne pouvons introduire le tube dans l'œsophage qu'après plusieurs tentatives, et non sans avoir provoqué chez le malade quatre ou cinq expulsions de liquide acide à odeur fétide, qui ressemble, dit-il, à celui qu'il vomit tous les jours.

Pour faciliter la pénétration, nous nous servons, comme conducteur, d'une sonde molle, introduite dans l'œsophage, et nous guidant sur celle-ci, nous pouvons facilement franchir ce sphincter supérieur. Nous tombons, ainsi, dans une grande dilatation de tout le tiers moyen de l'œsophage, dilatation à forme de calebasse, très longue, mais relativement peu large ; elle est d'une contenance d'environ 1 lit. 1/2, ce qui n'est pas très volumineux, étant donné la taille du sujet (1 m. 75).

Après évacuation de cette poche des débris alimentaires,

des liquides et assèchement de celle-ci, nous pouvons constater que le cardia est exactement fermé, qu'il ne présente qu'un tout petit orifice, rejeté en avant et à droite, que sa structure est fibreuse, qu'il reste exactement fermé pendant les mouvements respiratoires, il n'admet qu'une bougie n° 12 de la filière ordinaire. Nous pouvons, néanmoins, le dilater, séance tenante jusqu'au 18.

Diagnostic. — Cardio-spasme avec dégénérescence fibreuse et spasme de l'extrémité supérieure avec diverticule.

Traitement consécutif. — Dilatations de l'orifice supérieur et du cardia, électrolyse ; nous l'amenons facilement au n° 45 après six dilatations faites à deux jours d'intervalle.

Dès la quatrième dilatation, les vomissements ont complètement disparu et le malade qui n'avait presque rien pu avaler depuis trois mois peut, nous dit-il, prendre des purées, de légumes, des soupes. La mine, malgré qu'il n'y ait que dix jours depuis le début du traitement est tout à fait transformée.

Déductions naturelles de ces quelques Observations

De ces observations qui, presque toutes, se ressemblent sur bien des points, il nous est aisé de tirer diverses déductions.

Pour ce qui est de l'ulcère simple de l'œsophage, que ce soient les observations de Quincke, de Debove ou de Guisez, nous pouvons dire que le diagnostic posé était vraiment indiscutable, puisque le cas de Quincke et un cas de Debove ont été vérifiés

à l'autopsie et que les cas récents de Guisez ont tous été vus à l'œsophagoscopie.

Nous pouvons donc nous appuyer sur ces différentes observations pour dire que : l'ulcère simple de l'œsophage siège presque toujours au niveau du cardia et à des hauteurs variables. En effet, dans l'observation de Quincke il siégeait à 8 centimètres au-dessus du cardia ; dans celles de Debove un peu au-dessus du cardia pour la première, à 5 centimètres au-dessus pour la seconde ; dans les 4 cas de Guisez, à quelques centimètres également au-dessus du cardia ; on peut donc dire qu'il siège en général toujours dans le 1/3 inférieur de l'organe.

Comme le dit Guisez, la cicatrice que détermine cet ulcère est presque toujours unique. Dans la première observation de Debove, cependant, on put constater l'existence de deux rétrécissements, de même dans l'observation de Quincke. D'autres fois l'ulcère de l'œsophage peut résulter de l'extension d'un ulcère de l'estomac, la cicatrice alors est beaucoup plus courte que dans les cas où l'ulcère de l'œsophage est simple. Elles mesuraient 3 centimètres environ dans les observations d'ulcère simple, publiées par Guisez ; dans l'observation de Quincke, une des deux cicatrices beaucoup plus courte n'avait que 1/2 centimètre de long et se prolongeait dans l'estomac, celle de Debove présentait une cicatrice ne mesurant aussi que 1/2 centimètre.

L'aspect de cette cicatrice est toujours à peu près le même, épaisse, blanchâtre, fibreuse, occupant

d'habitude une assez large étendue de la paroi qui à son niveau est blanc grisâtre, manquant de souplesse. La lumière de l'œsophage est réduite à un plus ou moins haut degré ; malgré cela, comme le fait remarquer Guisez, la cicatrice se laisse assez facilement dilater, mais elle saigne assez souvent pendant les séances de dilatation. Enfin, comme nous l'avons pu remarquer dans presque toutes ces observations, il existait au-dessus du rétrécissement une dilatation œsophagienne, quelquefois de capacité considérable, variant entre 200 et 800 centimètres cubes.

Quant aux signes généraux de la maladie, ils sont à peu près tous les mêmes dans les diverses observations, et avec Debove on peut diviser l'évolution de l'ulcère de l'œsophage en deux périodes presque toujours nettement accusées par le malade lui-même : une première période correspondant à la dysphagie douloureuse avec symptômes de gastrite, douleurs entre les deux épaules et derrière le sternum, vomissements, hématémèses. Les douleurs sont surtout exaspérées par l'ingestion des aliments.

Après cette période variable comme longueur et comme intensité (puisque l'ulcère peut exister à l'état latent et être ignoré du malade) et après un temps plus ou moins long de rémission douloureuse, s'installe progressivement la période de dysphagie mécanique, beaucoup moins douloureuse, et caractérisée par une impossibilité plus ou moins complète pour le malade à ingérer les aliments solides, voire même les liquides, ces aliments étant la plupart du

temps rejetés sous forme de vomissements après un temps plus ou moins long. Ces malades qui maigrissent et se cachectisent s'inquiètent et se décident à consulter de nouveau. C'est alors qu'il est facile de juger de l'utilité de l'œsophagoscopie qui permet ainsi de poser un diagnostic, alors qu'autrefois ce genre de malades après avoir été quelque peu dilatés, étaient presque tous condamnés : on en arrivait en effet à poser le diagnostic de rétrécissement cancéreux, par élimination, si le malade ne retrouvait dans ses souvenirs aucune ingestion de caustiques pouvant expliquer la sténose, et si les antécédents du malade ne permettaient pas d'incriminer la syphilis ou la tuberculose.

Bien au contraire, le clinicien actuellement est suffisamment armé pour entreprendre un traitement efficace et non-dangereux puisqu'il est fait sous le contrôle de la vue.

Pour ce qui est des œsophagites simples nous serons forcément plus bref, la question étant encore peu connue ; nous nous appuierons cependant sur ces quatre intéressantes observations inédites, qui présentent, en somme, assez de points communs pour qu'il nous soit permis de généraliser. On a toutefois le droit d'être peu fixé sur la façon dont s'installent ces sténoses cicatricielles qui méritent franchement le nom de cicatrices spontanées.

Peut-être pourrait-on supposer que certaines personnes nerveuses mangeant trop vite (c'est le cas pour le malade de l'observation VIII), l'ingestion

trop rapide de certains aliments ou boissons serait capable de provoquer au niveau de la bouche de l'œsophage (c'est en effet un des points d'élection de ce genre de sténoses) tout d'abord un spasme transitoire. Puis peu à peu la nourriture insuffisamment mastiquée, formant ainsi un bol trop volumineux, s'arrêterait au-dessus de l'ouverture de l'œsophage par suite du spasme. Cette région serait alors à la longue le siège d'une stase locale, par conséquent facilement accessible aux blessures ou aux excoriations, d'où inflammation de la tunique œsophagienne : cette œsophagite finirait tout naturellement par provoquer peu à peu une sténose cicatricielle. Comme le fait remarquer si judicieusement Guisez dans son récent traité des *Maladies de l'Œsophage*, bien des rétrécissements cicatriciels de cet organe n'auraient pas d'autre cause et cette pathogénie suffirait à les expliquer.

Ces sténoses spontanées ont, en général, leur point d'élection aux orifices de l'œsophage, soit à la bouche, soit au cardia, et au cardia surtout. Comme nous avons pu le voir dans les quatre dernières observations, il existe presque toujours en même temps du spasme, quelquefois aux deux orifices, et souvent aussi un diverticule ou une dilatation de l'organe. L'aspect de ces cicatrices toujours concentriques et plissées est assez caractéristique.

Les signes généraux consistent presque toujours en une dysphagie progressive plus ou moins complète, avec vomissements et régurgitations des

liquides, sensation d'étranglement qui était si prononcée, notamment dans l'observation VIII.

C'est encore et surtout dans ce genre de sténoses que l'œsophagoscopie a pu rendre d'importants services, là où l'on pourrait croire qu'il s'agit de spasme nerveux simple ; elle est donc tout à fait indispensable pour pouvoir diagnostiquer la nature de ce rétrécissement cicatriciel, et pour instituer ensuite le traitement rationnel de cette curieuse affection.

Il est intéressant en effet et surtout fort important de pouvoir faire le diagnostic anatomique de la cicatrice et du rétrécissement dans les deux affections qui nous occupent; guidé d'abord par l'interrogatoire du malade, par les antécédents qu'il accuse et les signes fonctionnels, le clinicien ne pourrait maintenant poser un diagnostic certain sans le secours de l'examen endoscopique, les observations anciennes, alors que l'œsophagoscope n'existait pas, le prouvent suffisamment par les erreurs qui ont été commises,et qui n'ont été reconnues qu'à l'autopsie. Or il est quelques sténoses de l'œsophage qu'il est important de reconnaître ; tout d'abord la sténose cancéreuse qui, nous l'avons vu, a souvent été mise en cause, dans quelques cas d'ulcère simple, lequel était jugé si rare autrefois ; l'œsophagoscope fera aisément faire le diagnostic d'avec l'ulcère simple, qu'il s'agisse anatomiquement de la forme bourgeonnante ou polypeuse, de la forme végétante papillomateuse, de la forme ulcéreuse, ou de la forme sous-muqueuse.

Peu importe en effet la forme du cancer car il est, comme le dit Guisez, des caractères constants qui font faire le diagnostic à simple vue : la paroi sur laquelle s'implante le cancer est, en effet, immobile, figée alors que l'autre paroi est souple et mobile ; enfin la paroi cancéreuse saigne au moindre contact du porte-coton. La localisation du cancer de l'œsophage affecte surtout la partie supérieure de l'organe, vient ensuite l'extrémité inférieure et enfin plus rarement la partie moyenne.

Le diagnostic est à faire aussi avec les sténoses spasmodiques, la muqueuse dans ce cas n'est nullement altérée, il n'y a qu'une simple contracture du bourrelet sphinctérien. Avec les sténoses par compressions externes, dans ce cas l'aspect de l'œsophage est caractéristique; une des parois est refoulée, devient convexe et oblitère la lumière du conduit œsophagien, mais la muqueuse est également intacte.

Enfin le diagnostic est important à faire avec les sténoses qui sont d'origine cicatricielle, c'est-à-dire avec les sténoses tuberculeuse ou syphilitique.

Or, nous le savons déjà, la tuberculose de l'œsophage est très rare, nous en avons signalé dans notre historique sur les œsophagites ; Guisez en a observé un seul cas et, dit-il, dans la forme primitive il s'agit plutôt d'infiltration que de cicatrice ; la sténose présente un aspect blanc avec infiltration et n'a point l'aspect cicatriciel, elle occupe en outre une grande étendue de l'œsophage.

Quant à la syphilis de l'œsophage elle est aussi

extrêmement rare, et les quelques observations qu'on en a publiées ont été fortement contestées; les sténoses dans ce cas sont multiples et s'accompagnent de cicatrices blanches de l'œsophage, elles siègent de préférence à l'entrée ou à l'extrémité supérieure de l'œsophage.

D'ailleurs, dans tous ces cas de sténoses, il sera toujours bon de contrôler par une prise, facile à l'œsophagoscope, d'un fragment de la muqueuse afin de procéder à l'examen biopsique.

LE TRAITEMENT

Ce n'est guère que depuis quelques années que l'on peut compter des résultats durables et même définitifs dans le traitement des sténoses graves et très serrées de l'œsophage; il est vrai de dire qu'en France et en Allemagne, depuis 1900 à peu près, on s'est occupé de la pathologie de l'œsophage; parallèlement on s'est occupé de perfectionner les diverses méthodes de traitement qui peuvent réussir dans les sténoses de toute nature, et qui d'ailleurs étaient employées aussi bien il y a une trentaine d'années environ, mais sans le précieux concours de l'œsophagoscopie.

Sans nous arrêter aux méthodes curieuses qu'employaient les cliniciens d'il y a plus d'un siècle pour soigner les rétrécissements de l'œsophage, méthodes qui pourraient maintenant nous paraître illogiques, puisque nous voyons en 1789 un célèbre clinicien du temps, Paletta, faire la cautérisation des parties sténosées au moyen de tampons dilatateurs imbibés de solutions liquides cautérisantes, sans non plus passer sous silence que Darwin recommande dans ces cas de sténose les attouchements à la pierre

infernale, nous jugerons utile et intéressant de rappeler comment on traitait ces rétrécissements depuis une trentaine d'années.

C'est en 1876 en effet, et à Strasbourg, que l'on a traité pour la première fois les sténoses cicatricielles par l'électrolyse et la dilatation. C'est Eugène Bœckel qui le premier emploie ce procédé, pouvons-nous lire dans la *Gazette de Strasbourg* de 1892 ; pour la première fois il applique sa méthode sur un sujet de cinquante-deux ans qu'il guérit, puis en 1882 sur un enfant de deux ans qu'il guérit complètement. En France c'est Fort qui, le premier, emploie ce procédé en 1889 ; il publie à cette époque un article sur la guérison qu'il obtient dans un cas de rétrécissement fibreux cicatriciel de l'œsophage. En même temps que lui, Baratoux traite ces affections par l'électrolyse au moyen d'un appareil qu'il imagine lui-même : c'est une sonde malléable terminée par une partie élargie triangulaire en ivoire, destinée à cacher une lame métallique à laquelle est fixé un des pôles de la pile. Mais avant ces découvertes du traitement par l'électrolyse nous voyons Debove, en 1885, employer la dilatation forcée au moyen de son cathéter à boule olivaire ; à chaque séance il fait glisser sur sa sonde des olives de plus en plus grosses, plus tard il habitue le malade lui-même à se sonder quotidiennement. Barral, dans sa thèse de 1885, étudie les divers traitements susceptibles d'être administrés dans les différentes variétés de rétrécissements. Pour les sténoses cicatricielles qui seules nous intéressent,

nous le voyons citer comme étant le plus efficace le traitement par la dilatation temporaire et progressive, qui, dit-il, semble donner d'excellents résultats. Enfin n'oublions pas de citer que l'on a eu souvent recours à l'œsophagotomie interne et externe, cette dernière méthode ayant été bien étudiée par Terrier en 1870. Mais depuis 1900 surtout on semble s'en tenir de préférence à l'électrolyse et à la dilatation méthodique ; aussi depuis dix ans voyons-nous les praticiens publier partout de belles guérisons par cette méthode. Flouquet, en 1900, rapporte la guérison complète, après trois séances d'électrolyse de dix minutes suivies de dilatation, d'un enfant de quatre ans atteint de sténose cicatricielle empêchant toute alimentation. Decréquy dilate un malade par l'électrolyse linéaire et obtient la guérison qu'il n'avait pas avec l'électrolyse circulaire et les injections de thiosinnamine, mais ce sont surtout Sargnon à Lyon et Guisez à Paris qui, dans ces dernières années, avec les progrès de l'œsophagoscopie font de belles cures de sténose de l'œsophage : soit par la dilatation méthodique et progressive, soit par l'œsophagotomie interne suivie de dilatation, soit par l'électrolyse linéaire ou circulaire, mais toujours maintenant sous le contrôle de la vue, grâce à l'œsophagoscope.

Voici quel semble être actuellement le meilleur mode de traitement :

S'il s'agit d'une sténose cicatricielle peu étendue et peu serrée, quelques séances de dilatation au moyen de bougies de plus en plus grosses pourront

suffire. Le tube œsophagoscopique sera introduit dans l'œsophage soit sous le contrôle de la vue, soit avec le mandrin ; une fois la bouche de l'œsophage franchie (un des points les plus délicats de l'opération) le tube est toujours descendu sous le contrôle de la vue; on peut alors examiner facilement tous les aspects de l'organe ; si l'on voit une poche au-dessus du rétrécissement, la première chose à faire est de la nettoyer, de la vider de son contenu et de l'assécher ; après quoi, bien rechercher le pertuis de la lumière œsophagienne, souvent difficile à trouver soit par sa petitesse exagérée, soit par sa situation excentrique ; le pertuis reconnu, l'opération suivante consiste à le cathétériser avec une bougie filiforme qui peut être remplacée aussitôt, si la cicatrice est suffisamment molle et assez dilatable, par des bougies de plus en plus grosses ; si elle est au contraire dure et peu dilatable, mieux vaut alors laisser la bougie à demeure, opération qui permet ultérieurement une dilatation plus facile.

Mais il sera souvent nécessaire pour une plus forte dilatation d'avoir recours à l'œsophagotomie interne, celle-ci toujours faite actuellement sous le contrôle de la vue. On s'assure d'abord de la perméabilité de l'œsophage en y introduisant une bougie n° 6 ou 8 au moins qui doit passer librement, puis on la remplace par celle de l'œsophagotome, qui conduit la tige rigide à sa suite ; par la vue on cherche alors à reconnaître le siège de la paroi la plus épaisse, de la bride qui limite la lumière rétré-

cie de l'œsophage ; avec la plus étroite des lames on fait alors deux ou trois sections dans le demi-cercle rétréci le plus épais. Ce sont en somme de simples scarifications qui permettent la dilatation par rupture de la bride cicatricielle, qui s'opère par l'introduction de bougies de plus en plus grosses, on peut ainsi amener un œsophage très étroit au n° 22 ou 24 de la filière, et cela dès la première séance. Il est utile d'insister sur ce fait que les dilatations doivent être exécutées sous le contrôle de la vue tant que l'on craint de faire fausse route dans les culs-de-sac de la dilatation qui est habituellement sus-jacente au rétrécissement ; secondairement elles pourront être faites avec de simples bougies en gomme en se guidant par le toucher.

Le seul inconvénient est que ces sténoses ainsi traitées se resserrent assez facilement et qu'elles nécessitent un trop grand nombre de séances de dilatation ; enfin il existe aussi des sténoses à cicatrice trop étendue, et à parois trop épaisses : ce traitement n'est alors plus suffisant. Guisez préconise dans ces cas l'électrolyse circulaire, toujours avec l'aide de l'œsophagoscopie ; cette méthode, nous l'avons pu voir n'est pas nouvelle, on l'a de plus employée déjà pour les rétrécissements de l'urètre. L'instrumentation en est simple ; le pôle négatif, celui qui agit sur la sténose, est constitué par une olive allongée en nickel pur que l'on adapte sur une tige conductrice isolée destinée à introduire l'olive, par le tube, dans l'œsophage. Il faudra naturellement choisir une olive

de calibre supérieur à celui du point rétréci à franchir. L'électrode positive indifférente, placée sur la poitrine du malade, on fait alors passer le courant de façon graduée, et l'on peut atteindre ainsi une intensité de 10 à 12 milliampères qui est facilement supportée; immédiatement après l'on peut passer les bougies molles, et constater que l'on a pu ainsi gagner par l'électrolyse plusieurs numéros.

Le résultat que donne ce procédé est excellent d'après Guisez qui l'a expérimenté sur nombre de ses malades ; après une séance d'électrolyse, dit-il, le canal œsophagien paraît assoupli, et les séances de dilatation peuvent être beaucoup plus espacées que dans les cas traités par les autres procédés. Les résultats paraissent donc très encourageants puisque sur 35 cas que Guisez a traités par l'électrolyse, 28 ont été guéris ; mais il faut bien le dire, ces guérisons ont été largement facilitées par l'emploi de l'œsophagoscopie.

CONCLUSIONS

Nous espérons ne pas trop présumer en disant qu'il nous est aisé de tirer plusieurs conclusions de ces quelques pages.

Tout naturellement il ressort que :

1° L'ulcère de l'œsophage n'est plus une affection aussi rare qu'on le croyait jadis ; que s'il guérit souvent de lui-même, c'est malheureusement en formant une sténose cicatricielle spontanée, grave. Qu'il existe aussi une sorte d'œsophagite simple, ignorée jusqu'alors, capable à elle seule de déterminer une sténose cicatricielle spontanée assez serrée ;

2° Que pour pouvoir faire aisément le diagnostic de ces deux affections, qui n'étaient autrefois, tout au moins la première, qu'une trouvaille d'autopsie, le secours de l'œsophagoscopie est indispensable, et que, par ce procédé, bien des malades que l'on aurait condamnés autrefois sont actuellement sauvés ;

3° Que pour ces deux sortes de sténoses une fois diagnostiquées, il existe plusieurs procédés de traitement : dilatation simple, œsophagotomie interne, tou-

jours sous le contrôle de la vue, et qu'il ne faudra jamais négliger l'électrolyse circulaire de plus en plus en honneur maintenant.

Vu : le Président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Valleix. — *Guide du Médecin praticien*, 1884.

Knott. — *Lehrbuch. der Path. Anat.*, 1863.

Zenker et Ziemssen. — *Handbuch der Spec. Path.*, 1877.

Quincke. — *Deutsch. Arch. Med.*, 1879.

Zahn. — *Suisse romande*, 1882.

Debove. — Société méd. des Hôp., 1883-1887.

Mondière. — Thèse de Paris, 1829.

— *Arch. gén. de Méd.*, 1832.

Puech. — *Montpellier médical*, 1890.

Zenker. — *Deuts. Arch.*, mars 1895.

Galliard. — *Méd. mod.*, avril 1896.

— *Traité de Médecine Gilbert-Thoinot*, 1910.

West. — *Arch. gén. de Médecine*, 1860.

Lannois. — *Arch. Laryng.*, 1897.

Guisez. — Société méd. des Hôp. Paris, mai 1909.

Créquy (de). — *Arch. Laryng.*, 1908.

Bœckel (Eug.). — *Gazette de Strasbourg*, 1884.

Fort. — *Gazette des Hôpitaux*, 1889.

Baratoux. — *Méd. pratique.* Paris, 1889.

Barral. — Thèse de Paris, 1886.

Flouquet. — *Arch. Laryng.*, 1900.

Guisez. — *Arch. Laryng.*, 1908-1909.

SARGNON. — *Lyon médical*, 1907.

— *Arch. Laryng.*, 1909.

GUISEZ. — *Traité des Maladies de l'Œsophage*, 1910.

Imp. de la Fac. de Médec., Henri JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.